Centre Hospitalier
Montfavet (Avignon)
Foyer Occupationnel l'épi
2 avenue de la pinède
BP 40092
84143 MONTFAVET CEDEX

FOYER OCCUPATIONNEL

DOSSIER DE CANDIDATURE EN VUE D'UNE ADMISSION
AU FOYER OCCUPATIONNEL l'épi

CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET

Votre interlocuteur : Mme Noële ROQUEBLAVE
Cadre socio-éducatif
Secrétariat : 04 32 70 71 50

Votre dossier de candidature doit comporter obligatoirement :

1 – Une demande de candidature, par écrit, émanant de la personne candidate ou de son représentant légal.

2 – Un dossier de candidature, à compléter et à accompagner des pièces demandées.

Il comprend :

- **dossier Administratif** = rempli par vous-même ou le Service Social
- **dossier Médico-social** = rempli par le service Social ou l'Equipe soignante
- **dossier Médical** = rempli par le médecin traitant ou le service médical qui vous prend en charge

Les dossiers Administratif et Médico-social sont à renvoyer à l'attention de

Madame la Directrice
Foyer Occupationnel l'épi
2 avenue de la pinède
BP 40092
84143 MONTFAVET CEDEX

Le dossier médical doit être communiqué sous pli fermé à l'attention de

Monsieur le Médecin référent du Foyer Occupationnel,
Foyer Occupationnel l'épi
2 avenue de la pinède
BP 40092
84143 MONTFAVET CEDEX

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU NON RENVOYE ENTRAINERA LE CLASSEMENT SANS SUITE DE VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter Mme Noële ROQUEBLAVE, cadre socio-éducatif du Foyer Occupationnel, au 04 32 70 71 51 ou 04 32 70 71 50 (Secrétariat).

* joindre copie des documents

FOYER OCCUPATIONNEL

DOSSIER ADMINISTRATIF

- **IDENTITE DU CANDIDAT**

NOM : .....

Prénom :.....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité* :.....

Adresse actuelle

.....

.....

Si vous êtes hospitalisé(e) actuellement, indiquez les références du service :

.....

Vous habitez à cette adresse depuis le :.....

N° de Tel. et adresse de la personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

- **SITUATION FAMILIALE** (*Rayer les mentions inutiles*)

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Date de mariage Divorcé(e) ☐ Date de divorce :
Veuf (ve) ☐

Enfants : Nom Prénoms Né(e) le

.....
.....
.....
.....
.....
.....

* joindre copie des documents

- **VOTRE SITUATION ACTUELLE** (*Rayer les mentions inutiles)*

Vous habitez :	dans un logement personnel ou communautaire	☐
	dans votre famille	☐
Vous êtes :	hospitalisé (e) (si oui, noms des référents dans le service)	☐
	dans une autre situation d'hébergement (à préciser) précisez si vous vivez seul	☐

N° d'immatriculation à la sécurité sociale*.....

MUTUELLE* : (Préciser le n° et organisme)

.....

.....

.....

INVALIDITE - ALLOCATION

N° carte d'invalidité* : **Taux d'invalidité :**

Pension : *Type*

Organisme

Numéro :

Autres Allocations :

.....

.....

Tuteur* : (Nom et adresse)

.....

.....

.....

Curateur : (Nom et adresse)

.....

.....

Etes-vous actuellement sous le régime d'une sauvegarde de justice ?

.....

.....

Mesure de justice éventuelle ? (probation, par exemple)

.....

.....

* joindre copie des documents

- **VOTRE SCOLARITE**

Diplômes obtenus, ou

Niveau scolaire.....
.....
Age d'obtention du (des) diplôme(s):
.....
Dernier établissement fréquenté :
.....
.....

APPRENTISSAGE

Avez-vous appris un métier ? *oui* ☐ *non* ☐

lequel ?

.....
.....

- **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE FAMILLE**

Nom Prénom

Père.....

Mère.....

Frère (s) .....
.....

Sœur(s) .....
.....

Avez-vous des contacts réguliers avec les membres de votre famille (appels téléphoniques, visites, sorties week-end) ? (Précisez)

Adresse de vos parents :

Téléphone

Adresse des membres de votre fratrie avec qui vous êtes en lien :

Téléphone

A....., le.....
Nom et signature

* joindre copie des documents

Centre Hospitalier Montfavet (Avignon)

FOYER OCCUPATIONNEL

FOYER OCCUPATIONNEL

DOSSIER MEDICO-SOCIAL

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse.....

.....

.....

Tel : .....

Situation familiale : .....

SUIVI MEDICAL :

Nom de votre médecin généraliste traitant (nom, adresse, tel)

.....
.....

Nom de votre médecin psychiatre (nom, adresse, tel)

.....
.....

Traitement médical *oui* ☐ *non* ☐
(Si oui, préciser)
.....
.....
.....
.....

Suivi psychiatrique ambulatoire effectué par (nom du service, adresse, tel)

.....
.....

* joindre copie des documents

Périodicité .....
.....

Hospitalisations antérieures *oui* ☐ *non* ☐

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

Votre situation administrative

- **Décision COTOREP ou MDPH* :**

Décision Orientation Foyer Occupationnel, depuis le :

Décision A.A.H, depuis le :

- **PRESTATIONS CAF *:**

oui ☐ *non* ☐

Si oui, lesquelles ?
.....
.....

- **MESURE DE PROTECTION :**

.....
.....

Votre Assistante sociale référente (coordonnées du service et téléphone)

.....
.....

* joindre copie des documents

Votre histoire personnelle

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre situation actuelle

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Motivation de votre candidature et circonstances (famille, établissement social, hôpital psychiatrique, autres ...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A....., le.....

Nom et signature

* joindre copie des documents

Centre Hospitalier Montfavet (Avignon)

FOYER OCCUPATIONNEL

FOYER OCCUPATIONNEL

DOSSIER MEDICAL

A renvoyer sous enveloppe cachetée, à Mr le Médecin référent du Foyer Occupationnel, Centre Hospitalier de Montfavet– 84143 MONTFAVET cedex

Nom : ... .

Prénoms : ... .

Sexe : ..... Date de naissance : .....

Taille : .....Poids : .....

.T.A : .....Puls :.....

Type du ou des handicap(s).....

.....

Début approximatif des troubles .....

.....

Symptomatologie :

Handicap moteur (préciser)

.....

.....

...

Handicap sensoriel (préciser)

.....

.....

Niveau d'efficience intellectuelle (préciser le test utilisé)

.....

.....

Comitialité

.....

* joindre copie des documents

Pathologie somatique (préciser)

.....

.....

Troubles associés : (préciser)

.....

.....

Eléments psychotiques (préciser)

.....

.....

.....

Troubles caractériels (préciser)

.....

.....

.....

HOSPITALISATIONS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE :

Dates et lieux :

.....

.....

.....

.....

Evolution actuelle :

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement psychiatrique actuel :

.....

.....

.....

Nom , adresse, tel du médecin psychiatre

.....

.....

* joindre copie des documents

Situation familiale *(Décrire ici les éventuels problèmes posés par la maladie du résidant, situations conflictuelles)*

.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

Interventions chirurgicales.....
.....

Maladies .....
.....
.....
.....

Nom, adresse, tel du médecin généraliste traitant

.....
.....

CAS PARTICULIERS :

Hypertension : .....

Allergies :.....

Diabète :.....

Hémophilie :.....

Autres (préciser).....

En cas de suivi par un Spécialiste, préciser le nom, adresse, tel :

.....

* joindre copie des documents

VACCINATIONS (*Dates*) **<u>à renseigner obligatoirement</u>**

Polio.....

BCG Monotest.....

Tétanos .....

BILAN SANGUIN (*A joindre*)

V.S.....

N.F.S.....

REMARQUES PARTICULIERES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A....., le.....

Tampon et signature du Médecin traitant

* joindre copie des documents

1 – Objet et domaine d'application

Procédure liée à l'admission en internat ou en externat d'un nouveau résident.

2 – Cadre réglementaire

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative à « la rénovation de l'action sociale et médico-sociale »
Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux « Droits des malades et à la qualité du système de santé »

3 – Circonstances

Stage d'observation, période d'essai, admission.

4 – Services et personnels concernés

L'ensemble du personnel du foyer occupationnel l'épi.

5 – Date d'effet

Juin 2012

6- Actions- dispositions à suivre

a) Etude des dossiers

Le Foyer occupationnel l'épi dispose d'un dossier de candidature à l'attention des personnes désireuses d'être admise dans la structure. Tout candidat doit remplir dans sa totalité le dit dossier et le transmettre au secrétariat de la structure.
Une fois le dossier reçu :

- s'il est complet, le candidat reçoit un accusé réception. Le dossier est mis sur liste d'attente,
- s'il est incomplet, le candidat est invité à le compléter. Le dossier doit être complet pour être mis sur liste d'attente avant étude et présentation en commission.

Les dossiers sont étudiés en commission de pré admission. Cette dernière est composée :

- d'un éducateur spécialisé,
- d'un moniteur éducateur,
- d'un aide médico-psychologique,
- d'un animateur d'atelier,
- de la secrétaire,
- du cadre socio-éducatif.

Les critères d'étude des dossiers sont :

- le dossier est complet,
- la date de la demande et l'ordre d'arrivée des dossiers : du plus ancien au plus récent,
- le lieu d'habitation de la personne : priorité au Vaucluse du fait du financement,
- le handicap de la personne et la stabilité des troubles : priorité au handicap psychique du fait de l'agrément et du projet de service,
- la faculté à vivre en collectivité,
- l'argumentaire.

b) Les stages d'observation

Les personnes dont le dossier est retenu sont convoquées pour un entretien. Le cadre socio-éducatif et un membre de la commission de pré-admission reçoivent le candidat pour :

- recueillir les souhaits du candidat,
- étudier la faisabilité de l'accueil en fonction de la dynamique des unités, des ateliers et de la vie collective,
- Exposer le cadre de la prise en charge : projet de service, règlement de fonctionnement, charte des droits et des libertés de la personne accueillie, horaires, visites, etc.
- Anticiper les modalités du stage : transport, repas, effets personnels, traitements, suivi médical, etc.

La personne peut être accompagnée de sa famille, de son représentant légal ou de toute autre personne intervenant dans son orientation (agent d'une structure hospitalière, médico-sociale ou associative) lors de l'entretien.

Toute personne ayant confirmé son souhait de maintenir sa candidature, et ayant reçu un avis favorable du cadre socio-éducatif et du membre de l'équipe présent lors de la rencontre, se verra proposer par la Directrice adjointe chargée du pôle social et médico-social une période de stage de 3 semaines renouvelable 1 fois.
Il est nommé trois référents : un éducateur spécialisé, un moniteur éducateur et un animateur d'atelier.

Tous les documents règlementaires (règlement de fonctionnement, livret d'accueil, charte des droits et des libertés de la personne accueillie et liste des personnes qualifiées) sont remis et explicités au candidat.

Deux évaluations de stage sont faites : une à mi stage et une en fin de stage en présence des référents éducatifs, du stagiaire et de toute personne invitée en fonction de l'évolution et des besoins du candidat.
La personne en stage donne son avis et ses impressions sur : son intégration dans le groupe, l'accompagnement proposé dans les actes de la vie quotidienne, dans les ateliers et lors des sorties, sur ses difficultés et ses compétences, etc.
L'équipe socio-éducative fait part de ses observations tant au niveau des compétences au quotidien que relationnelles. L'équipe évalue l'environnement social dont bénéficie le stagiaire (famille, représentant légal, etc.).

Un bilan de stage est rédigé par les référents éducatifs en vu de la présentation en commission d'admission.

Les stages sont soumis à facturation soit par l'ouverture d'un droit à l'aide sociale, soit par transfert du prix de journée lorsque la personne est prise en charge dans un autre établissement.

c) La commission d'admission

Les admissions sont prononcées par le Directeur du Centre Hospitalier Montfavet après avis de la commission d'admission.
La commission d'admission est composée par:

- le directeur adjoint chargé du pôle social et médico-social,
- le médecin coordonateur de pôle,
- le cadre paramédical de pôle,
- le cadre socio-éducatif,
- la psychologue,
- deux membres de la commission de pré-admission,
- la secrétaire de la structure.

La commission d'admission se prononce sur les dossiers pré sélectionnés par la commission de pré-admission au vu du bilan de stage d'observation. Elle évalue la prise en charge au regard :

- des besoins du candidat,
- du projet de service,
- de l'équilibre des résidents déjà admis.

Une notification écrite est adressée à l'intéressé et à son représentant légal suite à la décision prise par le Directeur du centre hospitalier Montfavet.

Trois réponses possibles :

- Avis favorable avec admission immédiate,
- Avis favorable avec positionnement sur liste d'attente, dans le cas où l'admission interviendrait dans un délai long la structure se réserve le droit de proposer une nouvelle période de stage avant période d'essai,
- Refus motivé.

d) L'admission définitive

Dans les 15 jours suivant l'admission, le résident et son représentant légal signent le contrat de séjour pour une période de 6 mois. Celui-ci mentionne les objectifs de la prise en charge pendant la période d'essai.

L'admission définitive est prononcée après la période d'essai de 6 mois par le Directeur du Centre Hospitalier Montfavet ou par délégation par la Directrice adjointe chargée du pôle social et médico-social.
Une notification écrite est adressée à l'intéressé et à son représentant légal.

	Nom – Prénom	Titre	Date	Signature
Rédaction	ROQUEBLAVE BENA Noële	Ff Cadre Socio-éducatif	6/06/2012	
Vérification fesabilité	COUPPE DE LAHONGRAIS Nathalie	Directrice adjointe chargée des activités sociales et médico-sociales et des relations avec la clientèle	6/06/2012	
Vérification qualité	GRANGE Fabienne	Responsable Qualité	6/06/2012	
Approbation	COUPPE DE LAHONGRAIS Nathalie	Directrice adjointe chargée des activités sociales et médico-sociales et des relations avec la clientèle	6/06/2012	